

で測定し、HDL コレステロールをヘパリン-M_n²⁺法で測定し、血清総コレステロールから HDL コレステロールをマイナスして得られる VLDL+LDL コレステロールと、HDL コレステロール/VLDL+LDL コレステロールの4項目について調べた。

〔対象〕 川崎病の小児で合計50人。年齢は4ヶ月～7歳までの平均年齢2歳6ヶ月、性別は男子30人、女子20人。

〔結果〕 図1は、50例全例の血清総コレステロール以下4項目の病週別平均値の推移を示す。①血清総コレステロールは、第1病週以内128.3±30mg/dlと最低で、第3～第4病週目で172.0±34mg/dlと上昇のピークを示し、第6病週より後では、153.3±26mg/dlであった。②HDL コレステロールは、第1～第2病週目が、経過中の最低値26.8±8.9mg/dlで、第2病週より後は漸時増加して行き、第6病週より後の平均値は、47.9±12.6mg/dlであった。③VLDL+LDL コレステロールは、第1病週以内99.1±29mg/dlで、第2～第4病週目に上昇のプラトーを形成し、第2～第3病週間で、132.3±32mg/dl、第6病週より後の平均値は110.2±23mg/dlであった。④HDL コレステロール/VLDL+LDL コレステロールは、HDL コレステロールの平均値の推移と相関しており、最も減少の激しい第1～第2病週目で0.22±0.07、第6病週より後では0.45±0.18であった。

図2は、50人についての、スコア別及び合併症群別にみた、4項目についての病週による推移を比較したものである。内訳は、スコア3点以下24人、4～8点17人、9点以上9人、冠動脈瘤群7人、胆のう腫大群6人(冠

動脈瘤は合併していない者)。

血清総コレステロール以下の各項目とも、病週と重症度について、ほぼパラレルに推移している。特に冠動脈瘤群においては、第1病週以内の血清総コレステロールと VLDL+LDL コレステロールの減少は著しく、後者の第2～第3病週目における増加のピークは最大で、第3病週以内の変動幅は各群中最大であることを示している。また HDL コレステロールの回復は、他群と比較して悪く、第4病週より後でも Subnormal であった。

HDL コレステロールと VLDL+LDL コレステロールについて、50人全員の第6病週より後の平均値から、各群の病週別平均値の変動パーセントを比較したのが、図3である。HDL コレステロールは、第2病週以前に各群とも極端に減少し、一方 VLDL+LDL コレステロールは、第2～第3病週間に上昇している。すなわち血清総コレステロールの病週による推移が、この両者相互の変動の上になりたっていることを示すものである。

〔結語〕 ①発病2週以内では、HDL コレステロールの減少が著明である。②第2～第4病週目に、VLDL+LDL コレステロールは増加する。③HDL コレステロール、VLDL+LDL コレステロールの病週による変化に対応して、血清総コレステロールは変動する。④冠動脈瘤群は、VLDL+LDL コレステロールの第1病週以内と第2～第4病週目との変動幅が各群中最高であった。⑤冠動脈瘤群は、HDL コレステロールが第4病週より後もなお低値が続いた。

心エコー図断層法による冠動脈瘤の検出について

日本大学小児科 大 国 真 彦
原 田 研 介
宇 佐 美 等
豊 田 博 史

〔目的〕

心エコー図断層法を用いて川崎病(MCLS)における冠動脈瘤検出の可能性を検討するため。

〔対象〕

昭和54年4月から12月までの間に MCLS と診断され、断層心エコー図、心血管造影を行った者。この間に入院

した MCLS 患者数は32(男22, 女10)で、それ等の者に対して、計32回の心エコー図を施行した。心血管造影を行った者は21名(男17, 女4)である。

〔結果〕

表-1 は心エコー図所見と、心血管造影所見とを対比して示したものである。

表 1 心エコー図と造影所見との関係

エコー 造影	RCA	LCA	RCA LCA	なし	計
RCA	②				2
LCA		①			1
RCA LCA	1	1	③+1*	1**	6+1*
なし	2			⑩	12
計	5	2	3+1*	11	21+1*

* 造影を行っていない **石灰化例

○は造影所見と、心エコー図所見が一致したもの

心エコー図所見と心血管造影所見とがまったく一致した者は21名中16名である。偽陽性は右冠動脈(RCA)で2名、左冠動脈(LCA)で0名である。偽陰性はRCAで1名、LCAで1名である。

1名は石灰化をともない冠動脈閉塞を来たしている例であるが、心エコー図で検出されていない。他の1名は四肢の動脈にも複数の動脈瘤を来たした例であるが、これに対してはその危険性を考慮し、心血管造影を施行し

ていない。

心エコー図と、心血管造影との比較において、最小直径2.5mmまでの冠動脈瘤の検出が可能であった。

〔考 按〕

結論として、心エコー図による冠動脈瘤の検出は相当の精度で可能であると言える。偽陰性であった2例を検討した場合、2例ともにRCA、LCA両方に冠動脈瘤があった例である。つまり、各々片方の動脈瘤の確認ができなかった訳で、単に冠動脈瘤の有無に関しては両者ともに陽性と判断できた例である。

石灰化例は確実な診断ができなかった。多少輝度が上昇する傾向はあるが、確実な診断はむずかしい。レントゲンでの診断の方がはるかに確実である。

過去にRCAはLCAに比べて心エコー図による検出がむずかしいという報告があるが、我々はそのような印象はない。

心エコー図で検出できる範囲は大動脈開口部から1～1.5cmぐらいまでである。我々の経験した例においては、すべて冠動脈開口部付近に動脈瘤があり、末梢にのみ瘤が存在したという例はない。この部分の検索によって冠動脈瘤の検出は十分可能であると判断しても良いと思う。

MCLS 患者における液性免疫調節機能について

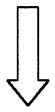
東京医科歯科大学小児科 矢 田 純 一
 松 岡 芳 子
 村 田 英 雄
 日赤医療センター小児科 川 崎 富 作
 柳 瀬 義 男

MCLSはその成因が未だ解明されていない疾患であるが、感染あるいは免疫系の異常の関与が強く疑われている。先にわれわれは本症患者急性期の血中に免疫複合体が証明されることを観察し、それがかなりの長期にわたって持続することをみている。このことは何らかの免疫反応が存在することを示唆している。それが感染因子に向けられた反応であることが証明できれば成因に対する有力な手掛かりとなるわけであるが、溶連菌、カンディダ、リケツチアなどの予想される感染因子の抗原を免疫複合体中に証明する試みは今のところ成功していない。

T細胞の中でIgGのFc部に対するレセプターをもつもの(T_γ細胞)はそのFc部に免疫複合体が結合することにより免疫グロブリン産生のサブレッサー細胞としての機能を発揮するようになる。われわれはこれをひとつのフィードバック機構でないかと考えている。そして慢性関節リウマチや重症筋無力症の発病初期の患者のT_γ細胞は免疫複合体の結合をうけているにもかかわらずサブレッサーとしての機能を十分果たしていないという異常を観察している。このような型での免疫調節機能が本症で保全されているか否かについての検討を行い



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔目的〕心エコー図断層法を用いて川崎病(MCLS)における冠動脈瘤検出の可能性を検討するため。